UNIVERSITÉ PAUL SABATIER — TOULOUSE

UNITÉS MÉDICALES

ANNÉE 1971 N° 171

A PROPOS D'UN CAS DE LYMPHANGIOME KYSTIQUE ABDOMINAL RETRO-PERITONEAL

◆

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement en Juillet 1971

par

Marie-Ange LUCRÈCE

JURY :

PRESIDENT : **M. PASQUIÉ**, Professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédique

MEMBRES : **A. RASCOL**, Professeur de Médecine générale

J. FABRE, Professeur d'anatomie-pathologique

S. JUSKIEWENSKI, Maître de conférences agrégé d'anatomie et d'organogénèse

SUPPLÉANT : **J. GAUBERT**, Professeur agrégé de chirurgie générale

R I
IMPRIMERIE
4, place de la Daurade
31 - TOULOUSE
1971

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543906_0023

A PROPOS D'UN CAS DE LYMPHANGIOME KYSTIQUE ABDOMINAL RETRO - PERITONEAL.

UNIVERSITÉ PAUL SABATIER — TOULOUSE

UNITÉS MÉDICALES

ANNÉE 1971 N° 171

A PROPOS D'UN CAS DE LYMPHANGIOME KYSTIQUE ABDOMINAL RETRO-PERITONEAL

◆

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement en Juillet 1971

par

Marie-Ange LUCRÈCE

JURY :

PRESIDENT : **M. PASQUIÉ**, Professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédique

MEMBRES : **A. RASCOL**, Professeur de Médecine générale

J. FABRE, Professeur d'anatomie-pathologique

S. JUSKIEWENSKI, Maitre de conférences agrégé d'anatomie et d'organogénèse

SUPPLÉANT : **J. GAUBERT**, Professeur agrégé de chirurgie générale

R I

IMPRIMERIE

4, place de la Daurade

31 - TOULOUSE

1971

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE PAUL SABATIER

TABLEAU DU PERSONNEL

Président de l'Université .... MM. LARENG
1er Vice-Président ..... MATHIS
Directeur de l'Unité de Sciences Méd. Toul.-Purpan MONNIER
Directeur de l'Unité de Sciences Méd. Toul-Rangueil ENJALBERT

DOYENS HONORAIRES

MM. LAZORTHES CALVET.
GORCE. BRUSTIER.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. VALLOIS. BUGNARD. CALMETTES.
TAPIE. VINCENT. THOMAS
DELAS. MOREL. LAGROT.
RISER. BOUISSET. DULUCQ

PROFESSEURS

Cliniq. Médic. et Cardiolog. . MM. DARDENNE.
Clinique Médicale Sud.. .. GADRAT.
Clinique Chirurgicale.. .. .. FICAT
Cliniq. Chirurg. A et Gynécol. POULHES.
Clinique Chirugicale B et du Cancer.. .. .. GRIMOUD.
Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédique. .. .. .. PASQUIE.
Clinique Chirurgicale Orthopédique et Traumatologique.. RIEUNAU.
Cliniq. de Chir. Cardio-Vasc. ENJALBERT.
Cliniq. des Mal. cut. et syph. BAZEX
Clin. des Mal. des Voies urin. LHEZ.
Cliniq. des Mal. infectieuses. ARMENGAUD M.
Clinique des Maladies Infantiles et Puériculture.. .. SOREL.
Cliniq. Méd. de la Prem. Enf. BARDIER.
Clinique de Neuro-chirurgie.. LAZORTHES.
Cliniq. Neurolg. et Psychia. GERAUD.
Clinique Obstétricale.. .. .. PONTONNIER.
Clin. Odonto-Stomatologique. CADENAT.
Clinique Ophtalmologique. .. N.....
Clinique O. R. L. et Chirurgie Maxillo-Faciale.. .. .. .. CALVET.
Clin. de Pneumo-Phtisiologie. DELAUDE.
Clinique Rhumatologique.. .. RUFFIE, René.
Accouch. et Obstét. sociale.. MONROZIES
Anatomie.. .. .. BASTIDE
Anatomie Pathologique.. .. FABRE, Jacques.
Anesthésie et réanimation .. LARENG Louis
Bactériologie et Virologie. .. ENJALBERT, Mme
Biophysique Médicale A.. .. AUVERGNAT.
Biophysique Médicale B.. .. BRU.
Chimie Biologique.. .. .. .. VALDIGUIE, Paul.
Electro-Radiologie .. .. .. MARQUES.
Embryologie Générale. .. .. BROUSSY, Jean.
Hématologie.. .. .. RUFFIE, Jacques.
Histologie.. .. .. BIMES.
Hydrologie Thérap. et Climat. N...
Cardiologie clinique expérim. N...
Hygiène et Médecine Sociale. MONNIER.
Immunologie .. .. DUCOS.
Médec. Lég. et Méd. du Trav. PLANQUES.
Pathologie Chirurgicale.. .. DAMBRIN.
Path. Gén. et Méd. Expérim. SENDRAIL.
Pathologie Médicale.. .. .. RIBAUT.
Physiologie. .. .. LAPORTE, Yves
Physiologie Appliquée et Pharmacologie.. .. .. BAISSET.
Sémiologie et Clinique Médicale.. .. .. LAPORTE, Jacques
Thérapeutique. .. .. DARNAUD

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie Pathologique.. .. MM. BOUISSOU.
Histologie et Embryologie. .. GUILHEM.
Biochimie Médicale.. .. .. DOUSTE-BLAZY.
Histologie et Embryologie .. PLANEL
Oto-Rhino-Laryngologie. .. .. CLAUX.
Pathologie Médicale.. .. .. BOULARD.
Physiologie. .. .. MONTASTRUC.
Physiologie. .. .. BESSOU
Physique Médicale. .. .. .. COMMANAY
Pneumo-Phtisiologie.. .. .. MIGUERES.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie Pathologique.. .. MM. FABRE, Jean
Bactériologie, Parasitologie, Virologie.. .. .. LARENG Mme M.B.
Biochimie Médicale.. .. .. VALDIGUIE, Pierre.
Chirurgie Générale.. .. .. GEDEON.
SARRAZIN.
Chirurgie Thoracique et Car- MM.
dio-Vasculaire.. .. .. .. ESCHAPASSE.
Electro-Radiologie .. .. .. PONS.
Electro-Radiologie .. .. .. ROULLEAU.
Médecine générale et thérapeutique .. .. BOLLINELLI
Ophtalmologie.. .. .. DEODATI.
Pédiatrie.. .. .. DALOUS.
Neuro-Chirurgie.. .. .. .. ESPAGNO, Jacques
Médecine Générale et Thérapeutique.. .. .. SUC.
Pédiatrie .. .. REGNIER.
Médecine Générale ..... RIBET.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Carcinologie.. .. .. ESTRADE.
Médecine générale et thérapeutique .. .. BES.
Pathologie Expérimentale.. .. GLEIZES.
Médecine Générale.. .. .. ARLET, Jacques.
Dermatologie, Vénéréologie.. DUPRE
Thérapeutique ..... DENARD
Physiologie ..... GERAL J.-P.
Cardiologie ..... BONHOURE
Thér., Réan. méd., Rééduc. font. et Hydr. .. .. SALVADOR M.
Radiologie.. .. .. COMBES Pierre
Pneumo-Phtisiologie.. .. .. ALBAREDE J.-L.
Pédiatrie génétique médicale. ROCHICCIOLI P.
Chirurgie générale. .. .. .. ESCAT Jean
COSTAGLIOLA
Orthop., Traum., Chir. Plast. et Reconstr. .. .. UTHEZA Guy
Urologie.. .. .. PONTONNIER P.
Histol., Embryol., Cytogénét. SOLEILHAVOUP J.-
Biophysique.. .. .. GUIRAUD Robert
Physiologie .. .. PAGES Bernard
Parasitologie.. .. .. LARROUY
Im. Hémat. Mal. du Sang. .. BIERME Robert
Anatomie et organogénèse. . JUSKIEWENSKI S.
Médecine interne.. .. .. .. FEDOU.
Médecine générale ..... RASCOL

AGREGES

Médecine Générale.. .. .. MM. CALAZEL.
LE TALLEC.
Chirurgie Générale.. .. .. GAUBERT.
Médecine Légale.. .. .. .. GREZES-RUEFF.
Neurologie et Psychiatrie. .. GAYRAL.
Ophtalmologie.. .. .. BEC.

AGREGES LIBRES

Chirurgie Générale. .. .. .. MM. SOUQUET.
Pathologie Chirurgicale.. .. DIEULAFE.
Obstétrique. .. .. ESPAGNO, Guy.

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Psychiatrie .. .. M. LABOUCARIE.

Secrétaire général de l'Université : M. PRINEAU J.-P.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats
(Délibération en date du 12 mai 1891)

A MES GRAND - PARENTS,

A MA MERE , ET A MON FRERE,

A MADAME FABRE ROMANA,

ET A TOUS MES AMIS.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE:

Monsieur le Professeur M. PASQUIE

Professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédique

Chirurgien des hôpitaux

Qui, aprés avoir été, pendant mes études, un conseiller bienveillant et un patron indulgent, a, bien voulu me faire l'honneur de siéger à nôtre jury en tant que Président.

Je veux ici, le remercier profondèment, pour l'excellent enseignement qu'il nous a prodigué, et pour l'amicale attention, qu'il a toujours su nous offrir.

A NOTRE JURY DE THESE :

Monsieur le Professeur A. RASCOL

Professeur de Médecine Générale

Médecin des hôpitaux

Il a été,un guide sévère,lors de mes premiers contacts avec la médecine;mais il sut se montrer un conseiller avisé et un maître généreux.

Par cette dédicace,qu'il sache tout le respect et toute l'admiration que je lui porte.

Monsieur le Professeur Jean FABRE

Professeur d'anatomie - pathologique

B iologiste des hôpitaux

Qui,a su nous initier et nous intéresser à son enseignement.

Son apport dans ce travail,est,je l'espére, la meilleure preuve de l'attention et du respect que j'ai,pour sa discipline;même,si je n'ai pas toujours su l'exprimer.

Monsieur le Professeur Serge JUSKIEWENSKI

Maître de conférences Agrégé d'anatomie et d'organogénèse

Chirurgien des hôpitaux

Qui fut toujours, avant d'être un maître, un Ami fidéle et précieux et dont l'affectueuse amitié ne m'a jamais fait défaut.

Qu'il sache ici, toute la reconnaissance que je lui voue, et, tout l'indéfectible amitié que je lui porte.

Monsieur le Professeur Jacques GAUBERT

Professeur agrégé de chirurgie générale

Chirurgien des hôpitaux

Qui, en des moments difficiles, a bien voulu me conseiller et m'aider généreusement.

Je tiens à le remercier tout particulièrement pour sa généreuse sollicitude.

A Monsieur le Professeur Louis LARENG

Président de L'U.P.S.

Professeur d'anesthésie et de réanimation

Médecin des hôpitaux

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Je voudrais lui exprimer ici, la profonde reconnaissance, et tout le respectueux attachement que je lui porte; pour l'amicale attention qu'il m'a toujours dispensée, généreusement.

A Monsieur le Professeur Jean GERAUD

Professeur de clinique neurologique et psychiâtrique

Médecin des hôpitaux

Membre titulaire de la société française de Neurologie

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui,m'a ouvert son service,et,a bien voulu me compter parmi ses éléves.

J'espére seulement,pouvoir revenir dans son service et,honorer enfin,la confiance qu'il m'a accordée.

A Monsieur le Professeur Louis RIBAUT

Professeur de pathologie médicale

Médecin des hôpitaux

Il m'a appris que la médecine s'apprenait non seulement pendant les études ,mais aussi tout au long de la pratique.

Il m'a également appris à travailler,patiemment et généreusement;

Ne pas le décevoir,est sans doute la meilleure forme de remerciement que je pourrai lui offrir.

INTRODUCTION

Au cours de ces quinze dernières années,neuf cas de Lymphangiomes Kystiques Abdominaux,ont été traités à la Clinique Chirurgicale Infantile. Huit d'entre eux, intéressaient les mésentères ou les mésos;un neuvième, était de situation rètro-péritonéale.

La situation strictement rètro-péritonéale,d'un lymphangiome kystique est rare,et,l'on ne retrouve dans la littérature guére plus de quarante observations publiées.

C'est cette observation particulière que nous rapportons dans ce travail. A son propos,nous envisagerons les principaux problèmes que pose cette rare affection.

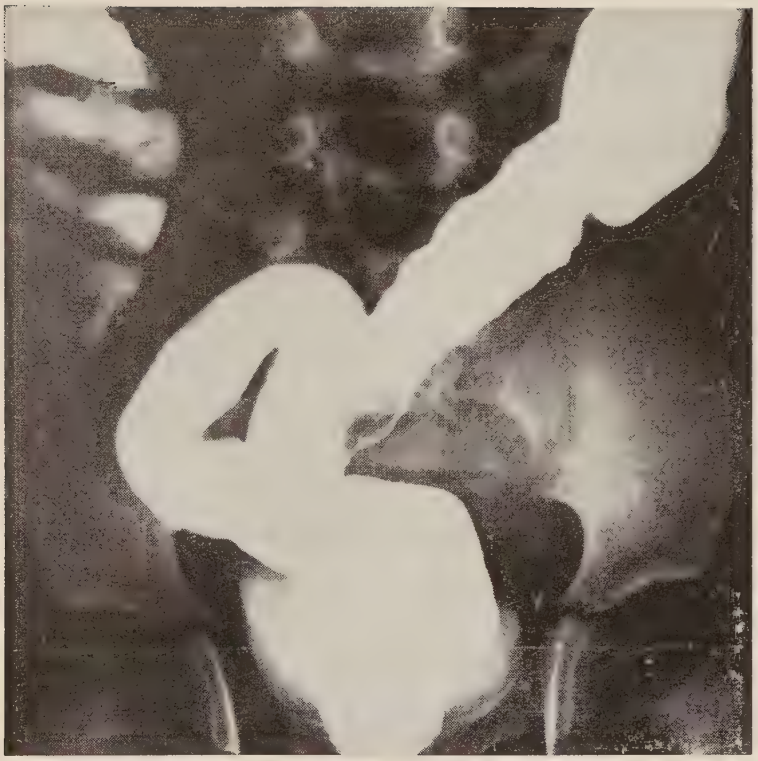
OBSERVATION

Didier M.,est âgé de trois ans,lorsqu'il est hospitalisé le 25 Aout I970,à la clinique Chirurgicale Infantile.
On ne retrouve dans ses antécédents,aucun élément notable.

C'est en l'examinant,quelques jours plus tôt,à l'occasion d'un épisode douloureux abdominal,que le médecin traitant a découvert une Tumeur Iliaque Gauche.

Au moment de son entrée dans le service,l'enfantn'accuse aucun trouble fonctionnel : les phénomènes douloureux ont cédé,il ne présente ni vomissements,ni modification du transit intestinal;les mictions sont normales,et,les urines sont claires.

L'examen clinique (figure I),montre :
Une tuméfaction rénittente,comblant la fosse iliaque gauche à partir de l'arcade crurale et,s'étalant jusque dans le flanc,sur la ligne axillaire antérieure.
Cette tumeur,est trés ferme,non mobilisable;elle est en partie barrée par une sonorité,vraisemblablement colique.
L'impression clinique,permet d'évoquer la possibilité d'un kyste.
Au toucher rectal: on perçoit au niveau de la face antéro-latérale gauche du rectum,le pôle inférieur,assez régulier de cette tuméfaction.



Sur le plan biologique:

Les différents examens pratiqués sont normaux,et en particulier:on ne note pas de perturbations de la Formule et Numération sanguines;ni d'accélération de la vitesse de sédimentation.

Le culot urinaire est normal,et,les urocultures négatives.

La radiographie sans préparation de l'abdomen:

n'apporte aucun renseignement particulier,en dehors:d'un aspect légérement déshabité par les gaz de la Fosse iliaque gauche.

L'Urographie-Intra - Veineuse :montre,

un bon fonctionnement des deux reins;et un aspect morphologique normal des voies urinaires supérieures.

On ne reléve simplement,qu'une trés discréte déviation de l'uretère gauche,sans aucune image de compression.

Un lavement baryté (figure:2),montre:

Un refoulement du sigmoïde,maisune fois encore,l'absence d'image de compression.

En présence de cette tumeur,dont il est difficile de préciser les caractères,on pose l'indication d'une laparotomie exploratrice.

Intervention,le 28 Août 1970 (Dr.JUSKIEWENSKI - Dr.VAYSSE)

(Anesthésie générale :Dr.P.B-ACQUE)

Parlaparotomie médiane,à cheval sur l'ombilic. Découverte

immédiate d'une tumeur kystique polylobée,sous-péritonéale, située en dehors du méso-sigmoïde,et,comblant la fosse iliaque gauche.

Cette tumeur parait trés adhérente à la paroi,au niveau de l'arcade crurale.Aprés incision du péritoine pariétal,abord de la tumeur et dissection progressive,qui permet de la mobiliser en grande partie.

A sa face inférieure,on repère l'uretère et les vaisseaux iliaques. Le pédicule épigastrique,souligne la tumeur,qui parait émettre un prolongement vers le canal inguinal.

Arrivés au terme de la libération de la tumeur,il reste la zone adhérente,difficilement abordable au niveau de l'arcade crurale.Une ponction du kyste est pratiquée.Le kyste étant vidé,on peut progressivement le cliver des plans auxquels il adhére.

Il existe une trés nette sclèrose tout autour du fond de la cavité kystique,qui peut être cependant enlevée dans des conditions relativement satisfaisantes.

Prélévement d'un ganglion satellite.

Antibiotiques dans la fosse iliaque.Repéritonisation au catgut 0 0 à points séparés,aprés mise en place d'un drain de Redon dans l'espace sous - péritonéal,qui est largement ouvert.

Toilette péritonéale. Fermeture de la paroi en un plan,au

plastofil 0 . Surjet au nylon sur la peau.

(Figure :3)

L'examen anatomo - pathologique (Pr.J. FABRE)donne les résultats suivants:

§ Macroscopie:

Tumeur kystique,dont le contenu est évacué,elle mesure: 8cm de long,sur 4cm de diamètre.A la coupe,ils'agit d'une lésion multi-loculaire,à surface interne lisse,dont la paroi montre quelques épaississements.

§ Microscopie:

- Lymphangiome kystique à paroi fibro-hyaline sans aucun signe de malignité.

- Le contenu de ce kyste,est constitué de globules graisseux,de quelques hématies et d'éléments plus ou moins altérès.

- Le ganglion lymphatique est modérémentinflammatoire,avec une stase des sinus,sans malformation.

Les suites opératoires sont simples;le transit,sex rétablit dans les délais normaux;la cicatrisation pariétale est de bonne qualité;et,l'enfant quitte le service au huitième jour post - opératoire.

Régulièrement suivi,depuis cette date,il ne présente aucun trouble.

CONSIDERATIONS ANATOMO - CLINIQUES

Le lymphangiome kystique,dont nous rapportons l'observation,était en position strictement sous-péritonéale,et, ne présentait,en particulier,aucun prolongement au niveau du mésocolon pelvien.

L'exploration de l'abdomen,n'a pas permis de retrouver d'autre formation kystique intra-péritonéale.

Il faut d'autre part,souligner que cette tumeur, s'étendant dans la fosse iliaque,s'était développée,au contact d'une grosse chaîne lymphatique : la chaîne lymphatique iliaque gauche.

La brutale augmentation de volume,qui a amené sa découverte,ne paraissait pas dûe à une hémorragie intra-kystique.Les caractères histologiques de cette tumeur, permettent de conclure formellement,dans le sens du lymphangiome.

La localisation sous-péritonéale,est l'exception.

Sur deux cents cas,de lymphangiomes kystiques abdominaux, colligés par BURNETT,ROSEMOND et BUCKE (2),on trouve:

mésentère	93 cas	46,5 %
mésosigmoïde	30 cas	I5 %
mésocolon transverse	22 cas	II %
mésocolon ascendant	I6 cas	8 %

mésocolon descendant	5 cas	2,5 %
méso-appendice	3 cas	I,5 %
grand épiploon	4 cas	2 %
petit épiploon	I cas	0,5 %
mésoduodénum	I cas	0,5 %
rétro-péritonéal	IO cas	5 %
de siége non signalé	I5 cas	7,5 %

RAUCH (7),en I959,ne retrouvait que 22 cas dans la littérature.

Selon KAFKA (5),il n'y avait guére,en octobre I970,que 33 observations dans la littérature.

Certains auteurs,ont rapporté des observations comparables à celle qui est l'objet de ce travail,mais dans lesquellesm une partie de la tumeur s'engageait dans le canal inguinal (-KAFKA (5)- HOFFMAN (4)- GAUDIER (3)). Dans ces cas,c'est parfois une hernie inguinale qui révélait le lymphangiome.

Dans notre observation,la tumeur était au contact même de l'orifice inguinal profond,et,l'on peut bien concevoir qu'une longue évolution,lui aurait permis de se prolaber dans le canal inguinal.

Dans certaines observations rapportées,l'étendue de la tumeur dans le plan sous-péritonéal est trés importante; c'est ainsi que dans l'observation de KAFKA (5),le pôle

supérieur de la masse adhérait au rein,cependant que son pôle inférieur était fixé au testicule.

Dans nôtre cas,l'éxérèse de la tumeur,n'a pas paru poser de difficultés majeures,sauf,au niveau de l'arcade crurale, ou,l'adhérence était intime ;mais,un plan de clivage a toujours pu être retrouvé.

Dans certaines observations cependant,il semble que, l'éxérèse ait été difficile,en raison de l'adhérence de la masse aux organes voisins; c'est ainsi que HOFFMAN (4) envisagecomme solution opératoire possible :une marsupialisation intra-péritonéale ;et,que d'autres auteurs,recommandent :une excision par étapes.

CONSIDERATIONS ANATOMO - PATHOLOGIQUES

Généralement solitaires,comme dans le cas nous interessant, les lymphangiomes kystiques abdominaux,peuvent cependant être multiples,mais ils sont alors,bien souvent de petite taille.

L'exploration abdominale compléte est de règle,car,à côté d'une tumeur importante,il existe parfois de petits kystes accessoires.Ces lymphangiomes kystiques sont de dimensions variables,pouvant être de 8cm sur 4cm,comme celui de cette étude,mais il a été décrit des tumeurs mesurant: 40cm sur 30cm.

Les formes de ces lymphangiomes,sont aussi variables que les volumes.Depuis la tumeur unilobée,jusqu'aux formes en "grappe de raisin",ou même au maximum "en éponge".

Leur couleur,est fonction du contenu du kyste:marron,si sérohématique;blanchâtre;dans le cas qui nous interesse, chyleux,ou parfois séreux;soit encore:bleuâtres,jaunes bruns(par infection surajoutée)ou même pourpres.

Bien que d'une manière générale,leur consistance est élastique,et,qu'ils possédent toujours un pédicule vasculo-nerveux (CHATAIN),aucune systématisation n'a pu être effectuée.

Trés souvent,il existe des remaniements inflammatoires ou hemorragiques,avec accolement des kystes,aux organes, mésentères ou mésos voisins. Ce fut également le cas,pour le kyste,objet de ce travail;qui présentait une adhérence trés intime au niveau de l'arcade crurale,rendant trés difficile la libération de la tumeur.

Sur le plan microscopique:

ces kystes,dont la paroi est mince,souple et résistante, ont une structure bien définie.
Cette structure,comprend :un endothélium,formé de cellules plates,reposant sur du tissu collagène dense.
Cet endothélium,tapisse un tissu fibreux,qui contient: quelques fibres musculaires lisses,de rares vaisseaux sanguins,des vaisseaux lymphatiques.

Ces formations vasculaires,dont le nombre est trés variable,peuvent être plus ou moins dilatées,et constituer par elles-mêmes des kystes,que l'on peut appeler: angiomes mixtes sanguin ou lymphatique,ou,hémolymphangiomes kystiques.

La cytologie,permet de retrouver des éléments surajoutés à la suite des remaniements secondaires;tels que des polynucléaires et des lymphocytes,lors de réactions inflammtoires;d'hématies,d'éosinophiles,voire de macrophages,

lors de phénomènes hémorragiques,ou,par formation de granulomes à corps étrangers.

Mais jamais ,aucune cellule néoplasique n'a été signalée; malgré certains aspects végétants,ou,nécrotiques avec destruction du revétement interne endothélial.

La cyto-chimie du liquide montre une teneur en graisses supérieur au taux normal de la lymphe (4%).
La teneur variable en graisses,du contenu kystique,fait que le liquide,peut être: soit chyleux,soit séreux comme dans le cas étudié ici,soit même prendre une consistance solide.

Dans certains kystes multiloculaires,des loges non communicantès,peuvent être:les unes à contenu chyleux,les autres à contenu séreux ;ces dernières,ne seraient,pour certains auteurs,qu'une transformation dans le temps,des kystes chyleux.

Ce qui parait caractériser le mieux, ces kystes est leur grand polymorphismeanatomique,leur consistance élastique,la pauvreté cellulaire de leur paroi,et,dans le liquide :l'absence de cellules néoplasiques,et sa haute teneur en graisses.

Cependant,il faut retenir,un fait:la dilatation possible dans la paroi des kystes,de vaisseaux lymphatiques qui,prennent eux-mêmes l'aspect de véritables kystes.

CONSIDERATIONS ETIOLOGIQUES

L'étiologie de ces lymphangiomes kystiques rètro-péritonéaux,est aussi mystérieuse que celle des tumeurs identiques,développées dans la cavité péritonéale,au niveau des mésos ou des épiploons.

Il s'agit vraisemblablement d'une origine embryonnaire dysplasique.

La plupart des auteurs,acceptant la théorie d'organogénèse,qui veut,que les vaisseaux lymphatiques soient: des formations centrifuges,développées à partir des sacs jugulaires ou mésentèriques,considérent que les lymphangiomes kystiques,seraient dûs à la persistance d'îlots lymphangioblastiques,isolés des vaisseaux,et, proliférant de manière indépendante et anarchique.

KAMPMEIER,et plus récemment, mademoiselle GADARD, ont montré,au contraire que le réseau lymphatique,se développait de manière centripète,à partir du mésenchyme.Par simplification et condensation d'un réseau primitif,les vaisseaux et les troncs collecteurs s'individualisent.

La persistance de structure embryonnaire,expliquerait alors l'apparition des lymphangiomes.

Il est à remarquer d'ailleurs que cette différenciation se faisant de la sixième à la quatorzième semaine de la vie embryonnaire,cette hypothése pathogénique est également valable:pour les hémangiomes lymphatiques et capillaires associés,et pour la présence de fibres musculaires lisses dans certaines lésions.

CONCLUSION

Nous rapportons une observation de lymphangiome kystique,à localisation strictement rètro-peritonéale. Cette localisation est rare,et,l'étude des observations rapportées dans la littérature,montre que la lésion tumorale,peut s'étendre dans une vaste partie du plan sous-péritonéal,voire même s'engager dans le canal inguinal;se présentant alors comme une hernie inguinale réductible.

En général,existe,autour de la tumeur,un plan de clivage,qui doit permettre son éxérèse complète. Mais dans certains cas,l'adhérence de la masse aux organes adjacents est telle,qu'elle conduit à des résections ou à des amputations,d'organes ou de mésentère.

Le pronostic de cette affection demeure bon,lorsque l'éxérèse a pu être complète,permettant ainsi d'éviter toute récidive;surtout dans les formes à kystes multiples.

Dans le cas,que nous avons observé,le kyste était solitaire,son éxérèse ayant été complète,sans difficultés majeures;le pronostic nous apparait trés bon,puisque, depuis l'intervention,aucun trouble n'est apparu.

Vu et permis d'imprimer

Toulouse, le 29 Juin I97I

Le Président du Conseil de l'Université Paul Sabatier

L. LARENG

BIBLIOGRAPHIE

I - BARNETT,L.A.: Retroperitoneal cystic lymphangioma.
J.A.M.A. : I960 - I73 : IIII.

2 - BURNETT,W.,ROSEMOND,G.,BUCKER,R.:
Mesenteric cysts - Arch.Surg. I950 - 60 : 699 - 706.

3 - GAUDIER,G.: Lymphangiome kystique abdomino-scrotal.
Presse Médicale : I9I3 - 2I :458.

4 - HOFFMAN,E.:Multicystic retroperitoneal lymphangioma presenting as an indirect inguinal hernia in a newborn.
Amer.Surg. : I965 - 3I : 525.

5 - KAFKA,V.,NOVAK,K.: Multicystic retroperitoneal lymphangioma in a infant appaering as an inguinal hernia.
J.Pediat.Surg. : I970 - 5 : 573.

6 - LAPEYRIE,M,PASQUIE,M,,GAUBERT,J.,JUSKIEWENSKI,S.et POUS,J.G.:
Lymphangiome kystique du mésentère et des mésos chez l'enfant - Etude de dix observations personnelles.
Montpellier Chirurgical. : I969 - I5 : 45I - 457.

7 - RAUCH,R?F.: Retroperitoneal lymphangioma.
Arch.Surg. : I959 - 78 : 45.

8 - ROMEO,M.: Contribution à l'étude du lymphangiome kystique du mésentère et des mésos chez l'enfant.A propos de sept observations. Thése Toulouse : I970 : n° I80.